1902

Stanford University Library NOV 19 1902

Eine Dermoidcyste in der Gegend der kleinen Fontanelle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt

von

Bernhard Bentler
aus Oelde (Westfalen).

Tag der mündlichen Prüfung: 30. Juli 1902.

Erlangen 1902.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

25

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Dekan: Herr Prof. Dr. Rosenthal.
Referent: Herr Prof. Dr. Hauser.

Seiner lieben Mutter

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153716_0344

Veranlassung zur vorliegenden Arbeit gab ein seltener Fall von Dermoidcyste in der Gegend der kleinen Fontanelle, welcher im Sommersemester 1902 in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Behandlung kam.

Die Literatur weist bis heute wenig solche Fälle von Dermoidcysten auf, in denen die Lokalisation eine gleiche war, wie bei dem hier zu schildernden Falle.

Wenn es schon in der Dissertation von Cohn (Erlangen 1890) betreffs einer Dermoidcyste über der grossen Fontanelle heisst:

> „So gross die Zahl der Dermoidcysten überhaupt ist, welche an den verschiedensten Körperstellen beobachtet und beschrieben sind, so dass Lücke meint, jeder Chirurg wisse wohl, wie häufig Dermoidcysten vorkommen, aber es lohne sich nicht, jeden einzelnen Fall zu veröffentlichen, so klein ist doch die Zahl derer, die auf der grossen Fontanelle vorkommen; alle Autoren heben die Seltenheit dieser Geschwulst an dieser Stelle hervor",

so müssen wir sagen, dass der Sitz von Dermoidcysten in der Gegend der kleinen Fontanelle oder in der Mitte des Hinterhauptes ein bei weitem seltenerer ist, wenigstens, soweit es nach der heutigen Literatur beurteilt werden kann.

Es sei mir daher gestattet, erwähnten charakteristischen Fall, in dem die Geschwulst ihren Sitz in der Gegend

der kleinen Fontanelle hatte, in die Oeffentlichkeit zu bringen.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, das ganze Gebiet der Dermoidcysten näher zu behandeln, nur im allgemeinen möge, bevor ich zu dem zu besprechenden Falle übergehe, das Notwendigste über Begriff und Genese der Dermoidcysten erwähnt sein.

Der Name „Dermoidcyste“ wurde zunächst angewandt und in der medizinischen Literatur eingeführt von dem Professor der Tierheilkunde Leblanc in Paris im Jahre 1831 bei der Beobachtung einer solchen Cyste im Hirne eines Pferdes.

Eine Definition dagegen findet man zuerst bei dem französischen Chirurgen Lebert im Jahre 1852, der bei einer Zusammenstellung aller ihm bis zu jener Zeit bekannt gewordenen Fälle und den im Anschluss an diese Fälle gemachten Erfahrungen eine Definition gab, die er im Jahre 1858 vervollständigte. Dieselba sei hier wörtlich angeführt:

„Unter dem Namen ‚Dermoidcysten‘ bezeichne ich diejenigen entweder vollkommen neugebildeten oder in präexistierenden Hohlräumen sich entwickelnden Gebilde, welche auf der Innenfläche eines Balges Neubildungen zeigen, deren Identität mit den Gebilden der Haut unleugbar ist, und neben welchen dann auch noch unter Umständen Knorpel, Knochen oder Zähne in ziemlicher Mannigfaltigkeit vorkommen. Von wahren Hautgebilden habe ich in diesen Cysten Epidermis, Papillen, Gewebe des Chorions, Schweissdrüsen, Talgdrüsen, Haare mit ihren Wurzeln und Hüllen, subkutanes Fettgewebe und ausserdem als Inhalt massenhaftes Fett der Talgdrüsen mit ausgefallenen Haaren und Hornplättchen gefunden.“

Diese Definition gilt bis heute im allgemeinen als richtig.

Seit Lebert haben sich viele Autoren eingehend mit den Dermoidcysten befasst und es liegt uns über diese Geschwülste schon eine reiche Literatur vor.

Was die Entstehung der Dermoidcysten betrifft, so hat man jetzt allgemein die Theorie von Mikulicz als die am meisten auf Recht Anspruch machende anerkannt, und es wäre überflüssig, alle anderen früher und nachher aufgestellten geistreichen Theorien über die Aetiologie der Dermoidcysten zu erwähnen.

Nur die Remak'sche Hypothese verdient noch Erwähnung. Dieser kam zu der Ansicht, dass die Dermoidcysten aus Einstülpungen des Ektoderms während des foetalen Lebens entständen. Unterstützt wurde seine Theorie durch zwei Fälle von Heschl und Crouveihlier, die Heineke in seinen „Chirurgischen Krankheiten des Kopfes" erwähnt.

Bei diesen Fällen fanden sich an den den Dermoidcysten entsprechenden Stellen der Haut in einem Falle eine mit der Cyste communicierende Oeffnung, im anderen in der behaarten Kopfhaut ein Loch, das mit gallertigem haarlosen Zellstoff angefüllt und von dünner Epidermis bedeckt war, und an anderer Stelle eine haarlose Grube.

Remak nahm an, dass sich am ehesten Gelegenheit zu solchen Ausstülpungen des Ekoderms böte bei dem natürlichen Vorgange der Haarfollikelbildung. Die in die Tiefe strebende Epidermiswucherung samt ihrem Cutisüberzuge brauchte nach seiner Meinung nur den subcutanen Zellstoff zu überschreiten, um dann in anormaler Region zusammen mit mehreren anderen Follikeln den Grund zu einer Neubildung zu geben, wie man sie als Dermoidcyste sieht.

Mikulicz führte als Entgegnung zu dieser Ansicht an, dass zu der Zeit, in welcher die erste Anlage der Haarfollikel am Embryo — Ende des dritten oder Anfang des

vierten Monats — aufzutreten pflegt, das Primordialcranium schon ausgebildet und die Ossifikationspunkte bereits angelegt seien; dieser Umstand würde der Epidermiswucherung ein unüberwindliches Hindernis entgegensetzen und die Entstehung der in und unter den Knochen des Schädels nachgewiesenen Dermoide könnte ihre Erklärung durch die Bemak'sche Theorie nicht finden.

Mikulicz nahm drei Momente an, die zur Bildung von Dermoidcysten führen könnten:

1. die Schliessung der Leibeshöhlen in der Mittellinie des Körpers.

2. Die Schliessung von Hohlgängen und Spalten — embryonale Kiemenspalten, Tuba Eustachii, Paukenhöhle —, welche während einer Zeit des Foetallebens mit Epithel bekleidet sind.

3. Die Einstülpungen des äusseren Keimblattes bei der Primäranlage des Labyrinthes, der Linse und der sogenannten Riechgrübchen, die Anfänge der drei höheren Sinnesorgane.

Durch 1. lässt sich die Entstehungsweise der Dermoide der Leibeshöhlen, durch 2. die der Dermoide am Halse und am Schläfenbeine, durch 3. die der Dermoide in der Augengegend, an der Nasenwurzel und in der regio mastoidea erklären.

Doch die Entstehungsweise der Dermoidcysten in der Mittellinie des behaarten Kopfes konnte durch die drei erwähnten Vorgänge nicht erklärt werden. Die Genese derartig gelegener Cysten sucht Mikulicz folgendermassen klar zu machen:

Die Einteilung des Gehirnes in die drei primären Gehirnblasen bleibt nicht lange bestehen, sondern es entwickeln sich durch weitere Scheidungen fünf hintereinander folgende Gehirnabschnitte: das Vorderhirn, das Zwischen-, das Mittel-, das Hinter- und das Nachhirn. Diese Hirn-

abschnitte sind durch mehr oder weniger tiefgehende Einschnürungen von einander geschieden. Die tiefste Einschnürung findet zwischen dem Vorder- und Zwischenhirn statt und führt den Namen primärer Hirnschlitz. Die äusseren Umhüllungen des Gehirnes folgen diesen Einschnürungen nur insoweit, dass sie durch seichte Furchen die Gliederung ihres Inhaltes erkennen lassen. Deutlich erkennbar ist in dieser Weise die Furche der Einschnürung zwischen Vorder- und Zwischenhirn entsprechend. Das Vorderhirn, welches ursprünglich eine Blase bildet, teilt sich durch eine sagittale Einschnürung in zwei seitliche Hälften, welche den späteren Gehirnhemisphären entsprechen. Diese Gliederung ist auch durch eine leichte sagittale Einsenkung an der äusseren Hülle des Gehirns erkennbar. Dadurch nun, dass sich hier die früher erwähnten frontale und sagittale Furche kreuzen, entsteht ein kleines Grübchen. Wenn nun auch diese Furchen und Grübchen spurlos wieder verschwinden, so kann man sich doch vorstellen, wie in seltenen Fällen sich eine tiefere Einsenkung bildet, die sich allmählich mit Oberhautzellen anfüllt und sich gegen die Oberfläche abschnürt.

Aus den geschilderten Umständen erklärt sich auch, dass Dermoide in der Mittellinie des behaarten Kopfes hauptsächlich an der grossen Fontanelle vorkommen, da sich eben dort ein Grübchen bildet, welches durch die im Verhältnis tiefsten Furchen entstanden ist.

Ebenfalls konnte man sich aus den drei oben erwähnten Vorgängen im foetalen Leben nicht die Entstehungsweise der Ovarial- und Hodendermoide deuten, bis His nachwies, dass sich die Uranlage der Genitalien aus dem nach ihm benannten Axenstrange herleite, an dessen Bildung sich auch das äussere Keimblatt beteilige.

Ein interessantes Experiment von Masse, das noch auf eine andere Entstehungsweise der Dermoide hinweisen könnte und welches in der Dissertation von Kutz (1895)

erwähnt ist, möge hier erwähnt sein. „Masse brachte in die geöffnete Bauchhöhle von weissen Ratten vorsichtig Gliederabschnitte der oberen und unteren Extremität oder Hautlappen von neugeborenen Ratten, darauf vernähte er die Bauchhöhle. Bei der Eröffnung des Bauches nach $2^1/_2$ Monaten fand er an verschiedenen Stellen des Bauchfelles Cysten mit festen Wandungen und einem käsigen gelben Gehalt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Inhalt der Cyste aus Eiter, Fett, Cholestearinkrystallen, Epidermiszellen und Haaren bestand. Auf der Cystenwand selbst befanden sich kleinere Haare.“ Auf dieselbe Entstehungsweise — durch Trauma — weist v. Rothmund hin bei der Erwähnung einer Dermoidcyste der Iris von ihm selber beobachtet, die $2^1|_2$ Jahre nach einer perforierenden Verletzung der Hornhaut entstand. Solche ähnliche Fälle hat v. Rothmund noch mehrere (5) zusammengestellt.

Man unterscheidet heute zwischen tiefen und oberflächlichen Dermoidgeschwülsten, welch' letztere nur Produkte epithelialer Natur, d. h. Epithel und Haare nebst den epithelialen Zersetzungsprodukten und den Sekreten der Follikel enthalten, während die tiefen alle Gebilde wie sie schon Lebert aufzählt, z. B. Knorpel, Knochen, Zähne als Inhalt haben können, in auffallender Weise besonders bei Dermoidcysten des Ovariums.

An welchen Stellen die Dermoide am hänfigsten vorkommen, darüber scheint man sich noch nicht klar zu sein. Nach Lebert sitzen die meisten Cysten im Ovarium; Heschl fand die grösste Anzahl in der Umgebung des Auges.

Soviel ist sicher, dass von den oberflächlichen Cysten die meisten am Kopf und Hals ihre Localisation haben, welche Thatsache van Beneden — es ist dies in der „Chirurgie des Kopfes“ — v. Bergmann, Bruns und Mikulicz erwähnt — folgendermassen erklärt:

Zu einer Zeit, wo am Rücken und in den Flanken der Kaninchenembryonen bereits eine Amnionhöhle besteht liegt das Proamnion noch dem Kopfe innig an. Wenn zwischen dem 9. bis 15. Tage dieses hier schwindet und sich das Amnion bildet, schiebt auch das Mesoderm sich von den Seiten her zwischen die Epiblast-Hyperblast-schichte. Es ist das dieselbe Zeit, in welcher am Kopfe die Bildung der Spalten und Vertiefungen stattfindet. Bei der angenommenen innigeren Anlage des Proamnions können an den Spalträndern hierbei leichter als anderswo einzelne Reste des Proamnion haften bleiben und dadurch den Zusammenfluss der Spalten ebenso stören, wie eine Retention von Teilen des Epiblasts an anormalen Orten zustande bringen.

Soviel im allgemeinen von den Dermoidcysten, das Uebrige sei im Anschluss an unsern Fall erörtert, der hier folgen möge.

Schatz, Johann, 10 Jahre alt.

Anamnese:

Der Knabe soll bisher nie krank gewesen sein. Eltern und Geschwister sind gesund. Als das Kind sechs Wochen alt war, bemerkten die Eltern am Scheitel desselben eine erbsengrosse Geschwulst, die mit zunehmendem Alter wuchs. Mit dem zweiten Lebensjahre wurde die damals nussgrosse Geschwulst von einem Arzte angestochen, worauf sich eine klare Flüssigkeit entleert haben soll. Da die Geschwulst immer grösser wurde, doch ohne dem Knaben Schmerzen und Beschwerden zu machen, entschlossen sich die Eltern endlich zur Operation.

Status praesens:

Patient ist ein für sein Alter grosser, grazil gebauter, gesund aussehender Knabe mit ängstlichem Gesichtsausdruck und Neigung zum Weinen.

Direkt hinten auf dem Scheitel in der Sagittallinie, also in der Gegend der kleinen Fontanelle befindet sich

eine gut apfelgrosse (Längsdurchmesser 11 cm, Querdurchmesser 9 cm), beinahe rundliche Geschwulst, die mit dem grössten Querdurchschnitt aufsitzt. Die normale behaarte Schädelhaut darüber lässt sich in Falten abheben und ist unverändert. Die Geschwulst fühlt sich weich an, ist fluktuierend und auf der Unterlage nicht verschieblich; sie pulsiert nicht. Bei Druck bestehen keine Schmerzen, ebenso auch bei grösserem, gleichmässigen Drucke keine Gehirndruckerscheinungen. Bei forcierter Expiration oder beim Husten nimmt man kein Anschwellen des Tumors, wie auch beim ruhigen Atmen kein Abschwellen desselben wahr, er ist durch Druck nicht reponibel, auch nicht bei stärkerem nur etwas zu verkleinern. Etwas nach einwärts von dem Ansatz der weichen Geschwulst fühlt man ringsherum einen scharfen Knochenrand, so dass der Anschein erweckt wird, als bestehe im Schädeldache eine Oeffnung, doch ist das durch Palpation sicher nicht festzustellen. Es besteht keine Verfärbung.

Der Knabe ist sonst wohlgebaut, zeigt keine Wachstumsstörungen.

Die inneren Organe sind gesund, die Reflexe normal.

Operation 19. VI.

In Aethernarkose wurden über der Mitte der Geschwulst zwei ungefähr 15 cm. lange Schnitte gelegt, die ein elliptisches Stück der Kopfhaut zwischen sich liessen. Nach Durchschneidung der Haut und der galea aponeurotica kam man unter diesen an den von glatter Kapsel eingeschlossenen Tumor. Derselbe liess sich ziemlich leicht herausschälen, auch an der Basis war seine Verbindung mit dem Periost eine lockere, und es gelang die Lösung leicht; hierbei riss der Tumor an einer kleinen Stelle ein und es entleerte sich Cholestearinbrei. Die Rissstelle wurde sofort verschlossen.

Nach der Exstirpation des Tumors fand sich im Schädeldach eine etwa fünf Markstück grosse von Periost

überzogene Stelle mit scharfem Rande. Das Centrum der Excavation lag am tiefsten und mochte etwa der Mitte der Schädeldachdicke entsprechen. Mit dem Schädelinnern bestand keinerlei Communication.

Naht der Wunde mit Seidenknopfnähten, Offenlassen einer kleinen Stelle.

Aseptischer Verband.

25. VI. Verbandwechsel.

Wunde reaktionslos; keine Sekretion an der offenen Stelle. Aseptischer Verband.

2. VII. Entfernung der Nähte.

Narbe fest, nicht schmerzhaft, verschieblich.

4. VII. Geheilt entlassen.

Es ist schon im Anfange gesagt, dass die Lage der hier behandelten Dermoidcyste eine seltene ist, welche Thatsache wir natürlich nur an der Hand der Literatur nachweisen können.

Ich habe in der ganzen mir zugänglichen Literatur nicht ein Werk gefunden, das sich mit Dermoiden in der Gegend der kleinen Fontanelle oder überhaupt des Hinterhauptes gelegen befasst hätte. Nur ein Fall von Przebiky, der vielleicht dem hier erwähnten analog ist, soll angeführt werden. Dagegen findet man Fälle von Dermoidcysten über der grossen Fontanelle gelegen jetzt schon eine ziemliche Anzahl verzeichnet und genauer beschrieben; ich verweise nur auf die Dissertationen von Cohn, Erlangen 1890 und Niedermayr, Würzburg 1886, die speziell über Dermoide über der grossen Fontanelle berichten. Niedermayr konnte neun ausgesprochene Fälle von Dermoiden über der grossen Fontanelle anführen, Cohn schon 21.

Hören wir nun, was einzelne Autoren über die Lokalisation der Dermoide am Schädel sagen.

Heineke nennt vier Prädilektionsstellen, nämlich die äussere Gegend des Auges bis zur Schläfengrube, die

Glabellargegend, die der grossen Fontanelle und zuletzt die Gegend des Processus mastoideus. „Ausserdem", schreibt er, „werden noch Dermoidcysten angeführt auf dem vordern oberen Teil des Kopfes, diese sind wohl mit der Gegend der grossen Fontanelle identisch, an dem Hinterhaupt (Morgan) — vielleicht zu denen der regio mastoidea gehörig — und 3 Zoll über dem Ohre". Bergmann gibt die Prädilektionsstellen wie Heineke an, nur dass er auch den innern Augenwinkel hinzurechnet Dann sagt er: Chipault kannte 20 Fälle von Dermoiden, die in der Gegend der grossen Fontanelle, vier über der sutura parietooccipitalis und lambdoidea (kleine Fontanelle) und sieben am Warzenfortsatze beobachtet waren, zusammenstellen."

Ob nun die in der sutura lambdoidea gelegenen Cysten eine oder drei waren, können wir hieraus nicht schliessen, es wäre aber das Mittel gerechnet das Verhältnis der Dermoide an der grossen Fontanelle zu denen an der kleinen wie 20 : 2.

Krönlein führt aus: „Auf dem behaarten Teile des Kopfes wurden Dermoide bis jetzt gefunden am Processus mastoideus und in der Gegend der grossen Fontanelle, ausnahmsweise hat sie Prescot Hevett in der Gegend des Hinterhauptbeines gesehen."

Ob in der Mitte des Hinterhauptes diese Geschwülste lagen, wird nicht erwähnt, sicher wissen wir nur, dass Chipault Dermoide (1—3) an der kleinen Fontanelle beobachtet hat.

Matzen in seiner Dissertation (1889): „Ueber seltene Lokalisation von Dermoidcysten" konnte einen Fall von einer Dermoidcyste am Hinterhaupte anführen, das ist der von Przebiky beobachtete Fall.

„K. D., 19jährige Bäuerin, beobachtet seit einigen Jahren eine langsam wachsende Geschwulst in der Hinterhauptsgegend. Es findet sich über dem Hinterhauptsbein eine strausseneigrosse Geschwulst, über welcher die Haut

leicht verschiebbar ist. Am 7. Oktober 1884 wurde der Tumor exstirpiert. Die Präparation des Balges ging leicht; derselbe war mit dem Knochen verwachsen. Im Balge befanden sich etwa 50 gr einer gelblichen syrupartigen Flüssigkeit, welche Cholestearinkrystalle, Fettpartikelchen und verfettetes Plattenepithel enthielt. Die Wandung der exstirpierten Cyste war sehr dünn, stellenweise kaum 1 mm dick. Die mikroskopische Untersuchung ergab: fibrilläres Bindegewebe von mehrschichtigem Pflasterepithel bedeckt."

Es ist nur merkwürdig, dass in diesem Falle, der doch als Seltenheit angeführt wird, die genauere Lage des Tumors, ob in der Mittellinie z. B. gelegen, nicht angegeben ist.

Betreffs der Differentialdiagnose ist zu sagen, dass sie in diesem Falle schwer mit Gewissheit zu stellen war.

Ein Atherom war allerdings vermöge der Anamnese, wonach doch die Geschwulst in den ersten Lebensmonaten beobachtet wurde, leicht auszuschliessen; Atherome treten erst in den späteren Lebensjahren (vom zehnten ungefähr) auf. Dann sind Atherome gegen die Unterlage verschieblich und an der Oberfläche gewöhnlich mit der Haut verbunden.

Aber eine Cephalocele konnte gut vorgetäuscht werden, insbesondere eine Meningocele. Wir müssen hier die Cephalocelen mit Heineke in Hydrencephalocelen, Cenencephalocelen und ausserdem Meningocelen einteilen.

Die Hydrencephalocelen können wir nach der Anamnese unberücksichtigt lassen, da Kinder mit solchen Hirnbrüchen nur äusserst selten das zweite Lebensjahr, nie aber das dritte erreichen.

Eine Cerencephalocele musste schon eher ins Auge gefasst werden. Angeboren sind alle Cephalocelen, d. h. wir meinen hier nur die angeborenen, da die erworbenen nach der Anamnese nicht in Betracht kommen. Dann haben die Cephalocelen in der Mittellinie des Hinterhauptes nach

der heutigen Kenntnis häufiger ihren Sitz, wie die Dermoidcysten. Aber occipitale Cephalocelen werden fast ausschliesslich bei Neugeborenen beobachtet, da die mit solchen Geschwülsten behafteten Kinder schon nach kurzer Lebenszeit zu sterben pflegen; der grösste Teil der occipitalen Cephalocelen sind eben Hydrencephalocelen.

Dann ist es auch sehr selten, dass alle Zeichen, welche auf einen Zusammenhang mit dem Schädelinnern hindeuten, bei Cenencephalocelen fehlen. Solche Symptome sind: Hirnpulsation, Anschwellen des Tumors bei starker Exspiration, Einsinken desselben bei ruhigem Atmen namentlich beim Schlafen, Reponibilität, Hirndruckerscheinungen bei starker und plötzlicher Compression des Tumors. Aus diesen Gründen wäre die Diagnose: „Encephalocele simplex" zu verwerfen, wenn auch sonst, was Gestalt und Beschaffenheit der Geschwulst anbelangt, man sehr gut an eine solche Cephalocele denken konnte.

Die Meningocele aber, die ebenfalls angeboren ist, ihren Sitz unter anderen gerne in der oberen oder unteren Occipitalregion hat, die keine Zeichen von Communication (bei Abschnürung) zu haben braucht und dieselbe Form und Beschaffenheit der beschriebenen Geschwulst besitzen kann, wäre hier an erster Stelle zu berücksichtigen, Schon die Anamnese, wonach sich nach einer Punktion aus der Geschwulst klare Flüssigkeit entleerte, konnte für Meningocele sprechen, wenn es auch schon länger bekannt ist, dass besonders am behaarten Kopf die Dermoide neben ihrem breiigen Inhalt auch seröse Flüssigkeit enthalten können. Diese Thatsache ist besonders bei jugendlichen Personen beobachtet worden. Fälle dieser Art sind von Textor, Giraldès etc. beschrieben, wobei auffallend ist, dass es sich fast nur um solche Dermoidgeschwülste handelt, die in der Gegend der grossen Fontanelle gelegen sind. Auch bei Erwachsenen findet sich mitunter neben

dem bekannten grützartigen Brei diese seröse Flüssigkeit in den Cysten.

Zumvinkel bezeichnet z. B. einen solchen Fall bei einem 20 Jahre alten Patienten; die Dermoidcyste war wieder über der grossen Fontanelle gelegen.

Die Ansammlung von seröser Flüssigkeit könnte man sich durch die Reizung, die die behaarte Kopfhaut durch Kratzen, Kämmen, Kopfbedeckungen etc. erfährt, vielleicht erklären, da eine solche Reizung eine grössere Sekretion der Talgdrüsen bewirken dürfte.

Auch die Grösse entspricht im erwähnten Falle mehr einer Meningocele. Dermoidcysten werden meist in der Grösse von einer Linse bis zu Kleinapfelgrösse beschrieben. Es sind allerdings derartige Geschwülste in der letzten Zeit von Faustgrösse berichtet. Meistens sind das Fälle, wo die Träger der Geschwulst 30 bis 45 Jahre alt waren, doch wird von Arnott (Brit. med. Journal 1874, Febr.) eine Dermoidcyste am Schädel (grosse Fontanelle) eines sechs Monate alten Kindes geschildert, die schon die Grösse eines Eies hatte.

Immerhin wurde man aber bei der Grösse der Geschwulst im zehnten Lebensjahre gegen die Diagnose: „Dermoidcyste“ eingenommen.

Der scharfe Knochenrand liess eine Oeffnung im Schädeldache vermuten und konnte deshalb ebenfalls zu der Diagnose: „Meningocele“ verleiten.

In solchem Falle, wo man also keine bestimmten Anhaltspunkte zur sicheren Stellung der Diagnose hatte, werden von Heineke noch die Punktion mit einer feinen Nadel und von Bergmann neben der Probepunktion die Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen anempfohlen.

Ob die Methode von Szymanowski zum Ziele führt, ist zu bezweifeln. Derselbe rät, neben der Basis des Tumors einzuschneiden und von dem Einschnitt aus den fraglichen Knochenrand zu untersuchen.

Man musste also, wenn man nicht die Punktion machen wollte — sie hätte hier einen entscheidenden Befund, den grützartigen Brei, geliefert —, die Diagnose zwischen Meningocele und Dermoidcyste offen lassen.

Nach der Exstirpation der Geschwulst fand man eine Knochendelle.

Eine solche findet man bekanntlich häufiger bei Dermoidcysten. In diesem Falle könnte der Umstand, dass der Knochen noch vom Periost bedeckt war, darauf führen, dass die Delle doch wohl durch Wachstumbehinderung und nicht durch spätere Druckatrophie oder Resorption entstanden ist, da doch wohl zuerst das Periost durch Atrophie oder Resorption zugrunde gehen müsste.

Der Inhalt der Dermoidcyste war der gewöhnliche grützbreiartige, bestehend aus den Produkten epithelialer Natur, den Sekreten der Follikel und Cholestearinkrystallen.

Für die mikroskopische Untersuchung der Kapsel war hier der Umstaud günstig, dass man den Schnitt durch Kopfhaut, galea oponeurotica und Balg legen konnte, da man bei der Exstirpation, wie erwänt, zwei Schnitte über die Mitte der Geschwulst hinweg führte, die ein eliptisches Stück Kopfhaut zwischen sich liessen und dieses noch dem Balge anhaftete.

Man sah von aussen nach innen: die äussere normale Kopfhaut mit allen ihren Schichten, sodann die galea oponeurotica.

Zwischen der äusseren Haut und Geschwulstkapsel befanden sich reichlich Lagen von lockerem Bindegewebe und Fett, ferner viele Querschnitte von Haaren.

Dann folgte die eigentliche Kapsel und von dieser zuerst welliges Bindegewebe mit weiten Spalten, in denen Blut- und Lymphbahnen verliefen, hin und wieder auch durchsetzt von langen Zügen gewöhnlicher Rundzellen. Ferner lagen in dieser Schicht Schweissdrüsen, Haarbälge,

teils einzeln, teils in Gruppen angeordnet; weiter sah man dann in der Nähe der Haarbälge vereinzelte verhältnismässig kleine Talgdrüsen. Wiederholt konnte man auch Gruppen von Talgdrüsenläppchen weit entfernt von Haaren sehen. Die Haarbälge waren meist kleiner, wie die der äusseren Haut.

In einigen Gesichtsfeldern waren Haarbälge, Schweiss- und Talgdrüsen reichlich vertreten, in anderen sehr spärlich.

Nach innen gegen den Hohlraum folgte dann das Epithel vom Charakter des äusseren Pflasterepithels, die äussere Schicht palissadenartig angeordnet; nach innen zu sah man in grösseren Lagen verhornte Massen. Der Epithelsaum war schmäler, wie der an der äusseren Haut und an der Innenseite in viele oft weit gegen den Hohlraum vorspringende Falten gelegt.

Die Gefässe in der eigentlichen Kapselwand waren häufig stark gefüllt.

Was zum Schlusse die Therapie anbetrifft, so ist man heute doch wohl ausschliesslich der Ansicht, dass die blutige Exstirpation das beste Resultat liefert.

Alle sonstigen Heilungsmethoden, wie Einspritzen von Jodtinctur etc., Cauterisation haben sich nicht als so einfach und sicher gezeigt.

Zwei Gründe, die früher gegen die blutige Operation sprachen — ev. Eintritt eines Erysipels und die Gefahr, welche bei einer vollständigen Oeffnung im Schädeldache für den Patienten bestehen blieb — sind wohl durch unsere heutige Wundbehandlung und Vervollkommnung der Osteoplastik weggefallen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, den hochverehrten Herren Professor Dr. Graser für Ueberweisung des Themas, ausserordentlichen Professor Dr. v. Kryger wegen des gütigen Entgegenkommens bei der Arbeit und Professor Dr. Hauser für das übernommene Referat meinen ehrerbietigsten Dank abzustatten.

Lebenslauf.

Ich, Bernhard Bentler, katholischer Konfession, Sohn des Kaufmanns Gottfried Bentler und seiner Frau Elisabeth, geborene Gervin, wurde am 13. April 1872 zu Oelde (Westfalen) geboren. Den ersten Schulunterricht genoss ich in der Elementarschule meiner Vaterstadt. Darauf besuchte ich die Rektoratschule daselbst, das Progymnasium zu Rietberg und das Gymnasium zu Paderborn, welches ich Ostern 1892 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich widmete mich sodann an der Akademie zu Münster zwei Semester dem Studium der Theologie, um mich dann dem Studium der Medizin zuzuwenden, welche Wissenschaft ich an den Universitäten Greifswald, München, Kiel, Leipzig und Erlangen studierte. An letzterer bestand ich Juli 1901 das medizinische Staatsexamen. Nachdem ich darauf zu Münster und Minden der zweiten Hälfte meiner aktiven Dienstpflicht genügt hatte, kehrte ich behufs Erlangung der Doktorwürde nach Erlangen zurück.

Der Verfasser.